

## Identificação e controle

1.01 - Código familiar

203479396-00

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação



1 - Inclusão



2 - Alteração

1.08 - Forma de coleta de dados



1 - Fora do domicílio



2 - Em domicílio



3 - Impossibilidade em domicílio

Selecione o item

1.09 - Formulários preenchidos



0 - Principal



1 - Avulso 1



2 - Avulso 2



3 - Vinculação a programas e serviços (FS1)



4 - Pessoa em situação de rua (FS2)



5 - Representante legal (FS3)

1.10 - Data da entrevista

06/01/2026

## Endereço da família

1.11 - Localidade (bairro, povoado, vila, etc.)

CENTRO

1.12 - Tipo (rua, avenida, igarapé etc.)

RUA

1.13 - Título (general, santa, pintor etc.)

1.14 - Nome

1.15 - Número

VINTE E UM DE ABRIL

230

1.16 - Complemento do número  
(s/n, km, A, FUNASA, SUCAM  
etc.)

B

1.17 - Complemento adicional  
(apartamento, casa, sobrado,  
fundos, bloco, lote, quadra, etc.)

1.18 - CEP

61.901-590

1.19 - Unidade territorial local

1.20 - Referência para localização

## Entrevistador

1.21 - Nome

ANTONIO WILTON DA SILVA MOURA

1.22 - CPF

1368449360

1.23 - Observações

CADASTRO NOVO PARA PASSE LIVRE DE MARACANAU

## Características do domicílio

2.01 - O local onde está situado o seu domicílio  
tem, na maioria, características:



1 - Urbanas



2 - Rurais

2.02 - Qual a espécie do seu domicílio?



1 - Particular Permanente



2 - Particular improvisado

☐ 3 - Coletivo

2.03 - Quantos cômodos tem seu domicílio?

4

2.04 - Quantos cômodos estão servindo, permanentemente, de dormitório para os moradores do seu domicílio?

1

2.05 - Qual é o material predominante no piso do seu domicílio?

Cimento

2.06 - Qual é o material predominante na construção das paredes externas do seu domicílio?

Alvenaria/tijolo com revestimento

2.07 - O seu domicílio tem água canalizada para, pelo menos, um cômodo?



1 - Sim



2 - Não

2.08 - Qual é a forma de abastecimento de água utilizada no seu domicílio?

Rede geral de distribuição

2.09 - No seu domicílio ou na propriedade existe banheiro ou sanitário?



1 - Sim



2 - Não

2.10 - De que forma é feito o escoamento do banheiro ou sanitário?

Fossa rudimentar

2.11 - O lixo do seu domicílio:

É coletado diretamente

2.12 - Qual é a forma de iluminação utilizada no seu domicílio?

Elétrica com medidor próprio

2.13 - Existe calçamento/pavimentação no trecho do logradouro (rua, avenida, etc.), em frente ao seu domicílio?



1 - Total



2 - Parcial



3 - Não Existe

## Família

3.01 - A família é indígena?



1 - Sim



2 - Não

3.02 - A que povo indígena pertence a família?

3.03 - A família reside em terra ou reserva

3.04 - Qual é o nome da terra ou reserva indígena?

indígena?

- ☐ 1 - Sim  
☐ 2 - Não

☐ 2 - Não sabe

3.05 - A família é quilombola?

- ☐ 1 - Sim  
☒ 2 - Não

3.06 - Qual é o nome da comunidade quilombola?

☐ 2 - Não consta no município

3.07 - Quantas pessoas moram no seu domicílio?

2

(Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)

3.08 - Quantas famílias moram no seu domicílio?

1

(Não preencher para famílias em situação de rua e famílias em domicílio coletivo)

3.09 - Há alguma pessoa dessa família internada, abrigada ou privada de liberdade há 12 meses ou mais?

Faixa etária

Quantidade

1

Criança(s) e adolescente(s) (de 0 a 17 anos)

☒ 0 - Não tem

2

Jovem(ns) e adulto(s) (de 18 a 59 anos)

☒ 0 - Não tem

3

Idoso(s) (de 60 anos ou mais)

☒ 0 - Não tem

3.10 - A família, normalmente, tem despesa mensal com:

Tipo de despesa

Valor

1

Energia elétrica

R\$ 70

☐ 0 - Não tem

2

Água e esgoto

R\$ 30

☐ 0 - Não tem

|   | Tipo de despesa                | Valor   |                                                 |
|---|--------------------------------|---------|-------------------------------------------------|
| 3 | Gás, carvão e lenha            | R\$ 30  | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 4 | Alimentação, higiene e limpeza | R\$ 300 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 5 | Transporte                     |         | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não tem |
| 6 | Aluguel                        | R\$ 550 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |
| 7 | Medicamentos de uso regular    | R\$ 120 | <input type="checkbox"/> 0 - Não tem            |

3.11 - Nome e código do Estabelecimento de Assistência à Saúde - EAS/MS em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:

3798356 - USF JOAO PEREIRA DE ANDRADE II

3.12 - Nome e código do Centro da Assistência Social (CRAS/CREAS) em que os integrantes da família são atendidos quando necessitam:

23076501578 - CRAS JEREISSATI

3.13 - Família identificada em situação de risco social associado à violação de direitos

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

3.14 - Família em risco para insegurança alimentar

☐ 1 - Sim ☐ 2 - Não

## Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

1

4.02 - Nome completo

CIBERY MENEZES SALES NASCIMENTO

4.03 - Identificação  
(NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- ☐ 1 - Masculino  
☒ 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

13/12/1990

4.07 - Relação de parentesco de CIBERY com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

Pessoa Responsável pela Unidade Familiar - RF

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

MARIA DO SOCORRO MENEZES SALES

☐ 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO SALES DA SILVA

☐ 2 - Não sabe

4.11- Onde CIBERY nasceu?

- ☐ 1 - Neste município ☒ 2 - Em outro município ☐ 3 - Em outro país

4.12 - Em que estado CIBERY nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município CIBERY nasceu?

FORTALEZA

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro CIBERY nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de CIBERY foi registrado em cartório de registro civil?

- ☒ 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento  
☐ 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento ☐ 3 - Não  
☐ 4 - Não sabe

4.16- Deseja informar o gênero de CIBERY ?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

**4.17-CIBERY é pessoa trans ou travesti ?**

☐ Sim, a pessoa é trans ☐ Sim, a pessoa é travesti ☐ Não

**4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de CIBERY?**

☐ Feminina ☐ Masculina ☐ Não binário(a)

## Documentos

**5.01 - Tipo e dados da certidão**

**a) Tipo**

☐ 1 - Nascimento ☐ 2 - Casamento  
☐ 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

**b) Dados**

**1 - Nome do cartório**

**2 - Data do registro**

**3 - Número do livro**

**4 - Número da folha**

**5 - Número do termo/RANI**

**6 - Matrícula**

**7 - Estado de registro**

**8 - Município de registro**

**5.02 - Número de inscrição do CPF**

3177462356

### 5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2005010422350

2 - Complemento

3 - Data da emissão

16/12/2015

4 - Estado emissor

CEARA

5 - Sigla do órgão emissor

SSP

### 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

9701750

2 - Série

10

3 - Data da emissão

29/11/2005

4 - Estado emissor

CEARA

### 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

72778570710

2 - Zona

104

3 - Seção

129

## Pessoa com deficiência

6.01 - CIBERY tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que CIBERY tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

☐

1 - Cegueira

☐

2 - Baixa visão

☐

3 - Surdez severa/profunda

☐

4 - Surdez leve/moderada

☐

5 - Deficiência física

☐

6 - Deficiência mental ou intelectual

☐

7 - Síndrome de Down

☐

8 - Transtorno/doença mental



6.03 - Em função dessa deficiência CIBERY recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

☐

1 - Não

☐

4 - Sim, de vizinho

☐

2 - Sim, de alguém da família

☐

5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial

☐

3 - Sim, de cuidador especializado

☐

6 - Sim, de outra forma

## Escolaridade

7.01 - CIBERY sabe ler e escrever?

☒

1 - Sim

☐

2 - Não

7.02 - CIBERY frequenta escola ou creche?

Não, já frequentou

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que CIBERY frequenta?

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?

1 - Estado

2 - Município

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

☐

2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que CIBERY frequenta

7.08 - Qual é o ano/série que CIBERY frequenta?

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

7.09 - Qual foi o curso mais elevado que CIBERY frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?

**Superior, Aperfeiçoamento, Especialização, Mestrado, L**

7.10 - Qual foi o último ano/série que CIBERY concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?

7.11 - CIBERY concluiu esse curso que frequentou?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

## Trabalho e remuneração

8.01 - Na semana passada CIBERY trabalhou?

☒

1 - Sim

☐

2 - Não

8.02 - Na semana passada CIBERY estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?

☐

1 - Sim

☐

2 - Não

8.03 - Esse trabalho principal que CIBERY exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

8.04 - Nesse trabalho principal CIBERY era:

**Militar ou servidor público**

8.05 - No mês passado CIBERY recebeu remuneração de trabalho?  
(Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)

☐

0 - Não recebeu

**R\$ 3.036**

8.06 - CIBERY teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

12

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por CIBERY nesse período?

R\$ 41.708

8.09 - Quanto CIBERY recebe, normalmente, por mês de:

|   | Fontes de renda                                                                      | Valor                |                                                     |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 | Ajuda/doação regular de não morador                                                  | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 2 | Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS                               | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 3 | Seguro-desemprego                                                                    | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 4 | Pensão alimentícia                                                                   | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 5 | Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |

Identificação da pessoa

4.01 - Número de ordem

2

4.02 - Nome completo

SARAH ELLEN SALES NASCIMENTO

4.03 - Identificação (NIS/PIS/PASEP)

4.04 - Apelido/Nome social

4.05 - Sexo

- ☐ 1 - Masculino
- ☒ 2 - Feminino

4.06 - Data de nascimento

17/02/2017

4.07 - Relação de parentesco de SARAH com a pessoa responsável pela unidade familiar - RF

Filho(a)

4.08 - Cor ou raça

Parda

4.09 - Filiação 1 (ou nome completo da mãe)

CIBERY MENEZES SALES NASCIMENTO

☐ 2 - Não sabe

4.10 - Filiação 2

FRANCISCO VAGNER DA SILVA NASCIMENTO

☐ 2 - Não sabe

4.11- Onde SARAH nasceu?

- ☐ 1 - Neste município
- ☒ 2 - Em outro município
- ☐ 3 - Em outro país

4.12 - Em que estado SARAH nasceu?

CEARA

☐ 2 - Não sabe

4.13 - Em que município SARAH nasceu?

FORTALEZA

☐ 2 - Não sabe

4.14 - Em que país estrangeiro SARAH nasceu?

☐ 2 - Não sabe

4.15- O nascimento de SARAH foi registrado em cartório de registro civil?

- ☒ 1 - Sim e tem certidão de nascimento e/ou de casamento
- ☐ 2 - Sim, mas não tem certidão de nascimento nem de casamento
- ☐ 3 - Não
- ☐ 4 - Não sabe

4.16- Deseja informar o gênero de SARAH ?

☐ 1 - Sim ☒ 2 - Não

4.17-SARAH é pessoa trans ou travesti ?

☐ Sim, a pessoa é trans ☐ Sim, a pessoa é travesti ☐ Não

4.18- Qual é o gênero/identidade de gênero de SARAH?

☐ Feminina ☐ Masculina ☐ Não binário(a)

## Documentos

5.01 - Tipo e dados da certidão

a) Tipo

☒ 1 - Nascimento ☐ 2 - Casamento  
☐ 3 - Certidão Administrativa de Nascimento do Indígena (RANI)

b) Dados

1 - Nome do cartório

JAIME ARARIPE

2 - Data do registro

17/02/2017

3 - Número do livro

4 - Número da folha

5 - Número do termo/RANI

6 - Matrícula

0187620155201710058615403972440€

7 - Estado de registro

CEARA

8 - Município de registro

FORTALEZA

5.02 - Número de inscrição do  
CPF

8824506380

### 5.03 - Dados do documento de identidade (RG)

1 - Número

2 - Complemento

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

5 - Sigla do órgão emissor

### 5.04 - Dados da carteira de trabalho e previdência social

1 - Número

2 - Série

3 - Data da emissão

4 - Estado emissor

### 5.05 - Dados do título de eleitor com DV

1 - Número

2 - Zona

3 - Seção

## Pessoa com deficiência

6.01 - SARAH tem alguma deficiência permanente que limite as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, etc.)

☐

1 - Sim

☒

2 - Não

6.02 - Qual é o tipo de deficiência que SARAH tem? (Este quesito admite múltipla marcação)

☐

1 - Cegueira

☐

2 - Baixa visão

☐

3 - Surdez severa/profunda

☐

4 - Surdez leve/moderada

☐

5 - Deficiência física

☐

6 - Deficiência mental ou intelectual

☐

7 - Síndrome de Down

☐

8 - Transtorno/doença mental

6.03 - Em função dessa deficiência SARAH recebe cuidados permanentes de terceiros? (Este quesito admite múltipla marcação)

- |                                                             |                                                                            |
|-------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Não                            | <input type="checkbox"/> 4 - Sim, de vizinho                               |
| <input type="checkbox"/> 2 - Sim, de alguém da família      | <input type="checkbox"/> 5 - Sim, de instituição da rede socioassistencial |
| <input type="checkbox"/> 3 - Sim, de cuidador especializado | <input type="checkbox"/> 6 - Sim, de outra forma                           |

## Escolaridade

7.01 - SARAH sabe ler e escrever?

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

7.02 - SARAH frequenta escola ou creche?

**Sim, rede particular**

7.03 - Qual é o nome dessa escola ou creche que SARAH frequenta?

**SESI MARACANAU ALBANO FRANCO**

7.04 - Esta escola ou creche está localizada neste município?

- ☒ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

7.05 - Qual é o estado e o município onde está localizada a escola ou creche?

1 - Estado

**CEARA**

2 - Município

**MARACANAU**

7.06 - Código do INEP/MEC da escola ou creche

- ☒ 2 - Não tem

7.07 - Qual é o curso que SARAH frequenta

**Ensino Fundamental regular (duração 9**

7.08 - Qual é o ano/série que SARAH frequenta?

**Quarto(a)**

Para pessoa que não frequenta, mas já frequentou

**7.09 - Qual foi o curso mais elevado que SARAH frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?**

**7.10 - Qual foi o último ano/série que SARAH concluiu com aprovação nesse curso que frequentou?**

**7.11 - SARAH concluiu esse curso que frequentou?**

☐ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

## Trabalho e remuneração

**8.01 - Na semana passada SARAH trabalhou?**

☐ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

**8.02 - Na semana passada SARAH estava afastado de um trabalho, por motivo de doença, falta voluntária, licença, férias ou por outro motivo?**

☐ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

**8.03 - Esse trabalho principal que SARAH exerceu foi na agricultura, criação de animais, pesca ou coleta (extração vegetal)?**

☐ 1 - Sim      ☐ 2 - Não

**8.04 - Nesse trabalho principal SARAH era:**

**8.05 - No mês passado SARAH recebeu remuneração de trabalho?  
(Se sim, registre o valor bruto da remuneração efetivamente recebida em todos os trabalhos)**

☐ 0 - Não recebeu



8.06 - SARAH teve trabalho remunerado nos últimos 12 meses?

☐ 1 - Sim    ☐ 2 - Não

8.07 - Quantos meses trabalhou nesse período?

8.08 - Qual foi a remuneração bruta de todos os trabalhos recebidos por SARAH nesse período?

8.09 - Quanto SARAH recebe, normalmente, por mês de:

|   | Fontes de renda                                                                      | Valor                |                                                     |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------|
| 1 | Ajuda/doação regular de não morador                                                  | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu            |
| 2 | Aposentadoria, aposentadoria rural, pensão ou BPC/LOAS                               | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 3 | Seguro-desemprego                                                                    | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu            |
| 4 | Pensão alimentícia                                                                   | <input type="text"/> | <input checked="" type="checkbox"/> 0 - Não recebeu |
| 5 | Outras fontes de remuneração exceto bolsa família ou outras transferências similares | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> 0 - Não recebeu            |

Responsável pela família

9.01 - Contato(s)

a) Telefone primário

Tipo

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

- ☐ 1 - Sim  
☒ 2 - Não

b) Telefone secundário

Tipo

Não declarado

DDD

Número

Autoriza recebimento de mensagem

- ☐ 1 - Sim  
☐ 2 - Não

c) Email

Tipo

Não declarado

Email

Autoriza recebimento de E-mail

- ☐ 1 - Sim  
☐ 2 - Não

Marcação livre para o município

10.01 - Há trabalho infantil na família?

- ☐ 1 - Sim  
☒ 2 - Não

10.02 - Identifique a(s) criança(s) envolvida(s) em trabalho infantil

Vinculação a programas e serviços

1.01 - Código familiar

203479396-00

1.02 - UF

CE

1.03 - Município

MARACANAU

1.04 - Distrito

1.05 - Subdistrito

1.06 - Setor censitário

1.07 - Modalidade da operação

1.08 - Forma de coleta de dados

- ☒ 1 - Inclusão  
☐ 2 - Alteração

- ☒ 1 - Fora do domicílio  
☐ 2 - Em domicílio

☐ 3 - Impossibilidade em domicílio

1.10 - Data da  
entrevista

06/01/2026

Entrevistador

1.11 - Nome

ANTONIO WILTON DA SILVA MOURA

1.12 - CPF

1368449360

1.13 - Observações

CADASTRO NOVO PARA PASSE LIVRE DE MARACANAU

Vinculação a programas e serviços

2.01 - Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa da Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SESAN.

Este quesito admite múltipla marcação.

- |                                                                                     |                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Vende leite para o programa do leite - Leite Fome Zero | <input type="checkbox"/> 8 - Participou de curso em alimentação e nutrição                                                                        |
| <input type="checkbox"/> 2 - Recebe leite do programa do leite - Leite Fome Zero    | <input type="checkbox"/> 9 - Recebeu infraestrutura de captação de água da chuva para produzir alimentos                                          |
| <input type="checkbox"/> 3 - Vende alimentos para o PAA - Compra Direta             | <input type="checkbox"/> 10 - Recebeu cisterna para armazenamento de água da chuva                                                                |
| <input type="checkbox"/> 4 - Recebe alimentos do PAA - Compra Direta                | <input type="checkbox"/> 11 - Participa de projetos de produção de alimentos (horta comunitária, criação de pequenos animais, viveiros e pomares) |
| <input type="checkbox"/> 5 - Recebe cesta básica                                    | <input type="checkbox"/> 12 - Participa de projeto da carteira indígena (Parceria MMA/MDS)                                                        |
| <input type="checkbox"/> 6 - Faz refeição em restaurante popular                    | <input type="checkbox"/> 13 - Vende alimentos em feira livre popular financiada pelo MDS                                                          |
| <input type="checkbox"/> 7 - Faz refeição em cozinha comunitária                    | <input checked="" type="checkbox"/> 14 - Nenhum                                                                                                   |

2.02 - Algum integrante da família foi resgatado do trabalho análogo ao de escravo por órgão do governo (Ministério do Trabalho, Polícia Federal, etc.)?

☐ 1 - Sim    ☒ 2 - Não

**2.03 -Indique abaixo, marcando com X, se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério de Minas e Energia.**

- ☐ 1 - Recebeu sua conta de energia elétrica faturada como Tarifa Social
- ☐ 2 - Recebeu de sua distribuidora de energia elétrica doação de lâmpadas ou outros equipamentos para reduzir o consumo de energia
- ☐ 3 - Não pagou pela instalação de energia na entrada de sua residência
- ☒ 4 - Nenhum

**2.04 - Preencha o campo abaixo com o número/código da unidade consumidora, indicado na conta de energia elétrica do domicílio**

**a) N° de ordem da pessoa**

**b) Código da unidade consumidora**

**2.05 -Indique abaixo, marcando com X, se algum integrante da família recebe algum benefício ou é atendido por algum programa da Assistência Social.**

- |                                                                                                 |                                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 - Benefício de Prestação Continuada - BPC deficiente                 | <input type="checkbox"/> 13 - ProJovem Campo                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 2 - Benefício de Prestação Continuada - BPC idoso                      | <input type="checkbox"/> 14 - ProJovem Trabalhador                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> 3 - Programa de Atenção Integral à Família - PAIF                      | <input type="checkbox"/> 15 - Serviço de referência e apoio à habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência                          |
| <input type="checkbox"/> 4 - Crianças de 0 a 6 anos em ações socioeducativas de apoio à família | <input type="checkbox"/> 16 - Serviço de enfrentamento à violência, abuso e exploração sexual contra crianças, adolescentes e suas famílias  |
| <input type="checkbox"/> 5 - Centros e Grupos de convivência para idosos                        | <input type="checkbox"/> 17 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de liberdade assistida                |
| <input type="checkbox"/> 6 - Abrigo para mulheres vítimas de violência                          | <input type="checkbox"/> 18 - Serviço de acompanhamento social a adolescentes em medida socioeducativa de prestação de serviços à comunidade |
| <input type="checkbox"/> 7 - Abrigo para crianças e adolescentes                                | <input type="checkbox"/> 19 - Serviço de orientação e apoio especializado a crianças, adolescentes e famílias                                |
| <input type="checkbox"/> 8 - Abrigo para pessoas idosas                                         | <input type="checkbox"/> 20 - Serviço de Centro-Dia (atendimento à pessoa idosa com deficiência)                                             |
| <input type="checkbox"/> 9 - Abrigo/albergue para adultos e famílias                            | <input type="checkbox"/> 21 - Serviço de atendimento no domicílio de pessoas idosas e pessoas com deficiência                                |
| <input type="checkbox"/> 10 - Abrigo/albergue para população adulta em situação de rua          | <input type="checkbox"/> 22 - Projetos de inclusão produtiva                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> 11 - ProJovem Adolescente                                              | <input type="checkbox"/> 23 - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI                                                            |
| <input type="checkbox"/> 12 - ProJovem Urbano                                                   | <input checked="" type="checkbox"/> 24 - Nenhum                                                                                              |

**2.06 - Indique abaixo se a família ou algum integrante da família é beneficiário de algum programa do Ministério das Cidades. Lista de Programas.**

Este quesito foi desabilitado.

**2.07 - Sua família pertence a algum Grupo Populacional Tradicional ou Específico?**

**0 - Nenhuma**